TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur L. DEMELIN

AGRÉGATION DE CHIRURGIE (*Section d'accouchements*)

CONCOURS DE 1901



TITRES SCIENTIFIQUES

Interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris (1883).

Aide d'anatomie provisoire à la Faculté de médecine de Paris (1885).

Interne de la Maternité de l'hôpital Tenon (2e semestre de 1886, service de M. le Dr Bar).

Interne de la Maternité de la Pitié (1887, service de M. le Dr Maygrier).

Docteur en médecine de la Faculté de Paris (mars 1888).

Suppléant du chef de clinique dans le service du Pr Tarnier, en août-septembre-octobre 1889; août-septembre 1890; mars, août et septembre 1891.

Chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris (1892-1895, service du Pr Tarnier).

Secrétaire général de la Société obstétricale de France.

Lauréat de la Faculté (mention honorable, 1888).

Lauréat de l'Académie de médecine (prix de l'hygiène de l'enfance, 1893).

Lauréat de l'Académie de médecine (prix de l'hygiène de l'enfance, 1894).

Lauréat de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse (Prix Gaussail, 1896, médaille d'or).

Accoucheur des hôpitaux de Paris (juin 1897).

Membre fondateur de la Société d'Obstétrique de Paris.

Admissible aux épreuves définitives du Concours pour l'agrégation de chirurgie et accouchements (section d'accouchements) en 1898.



ENSEIGNEMENT

Répétitions de manœuvres obstétricales à la Faculté de Paris, en 1889 et 1891.

Répétitions de manœuvres obstétricales dans le service du Pr Tarnier, pendant les semestres d'hiver 1889-90, 1890-91, 1891-92.

Conférences théoriques d'accouchements dans le service du Pr Tarnier, pendant les semestres d'hiver 1890-91, 1891-92.

Cours théorique d'accouchements et répétitions de manœuvres obstétricales, dans le service de M. le Dr Bar, à l'hôpital Saint-Louis, en février-mars 1889.

Cours théorique d'accouchements et manœuvres obstétricales, dans le service de M. le Dr Budin, à la Charité, en 1892.

Cours d'hygiène et de maladies du nouveau-né, à la Clinique d'accouchements de la rue d'Assas, en novembre-décembre 1893 (service du Pr Tarnier).

Cours théoriques d'accouchements, dans le service de M. le Pr Budin, à la Clinique Tarnier, en 1898, 1899, 1900, 1901.



PUBLICATIONS OBSTÉTRICALES

I. — TRAVAUX DIDACTIQUES

1° **Collaboration au Tome IV du Traité de l'Art des Accouchements de S. Tarnier et P. Budin** (Paris 1901), pour les articles :

Dystocie fœtale par excès de volume du tronc et du siège.
Procidence et brièveté du cordon ombilical.
Dystocie due aux membranes de l'œuf.
Dystocie par vices de conformation du fœtus. Dystocie causée par les monstres simples ou unitaires.
Dystocie due à la présence de plusieurs fœtus dans la cavité utérine.
Principaux médicaments employés en obstétrique.
Forceps.
Levier.
Symphyséotomie.
Embryotomies.

2° **Obstétrique d'urgence,** suivie des « Laparotomies d'urgence pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches (en collaboration avec le Dr Rochard, chirurgien des hôpitaux de Paris) ». Paris. 1900.

3° **Anatomie obstétricale** (collection de l'Encyclopédie scientifique des *Aide-Mémoire*, publiée sous la direction de M. Léauté, membre de l'Institut). Paris, 1892.

4° **Obstétrique, Séméiologie obstétricale, Opérations obstétricales,** in *Guide pratique des Sciences médicales*, publié sous la direction de M. Letulle, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. Paris, 1891, 1892, 1893, 1894.

5° **Aide-mémoire de Thérapeutique obstétricale,** in *Formulaire pratique de Thérapeutique et de Pharmacologie*, de A. Gilbert et P. Yvon. Paris, 1897-1900.

6° **Mort apparente du nouveau-né, Hémorragies du nouveau-né, Céphalœmatome,** in *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, Comby et Marfan. Paris, 1897, 1898.

II. — MÉMOIRES ORIGINAUX

Indication bibliographique générale :
Revues et mémoires d'obstétrique (Doin Éd., Paris, 1900).

I. — ANATOMIE OBSTÉTRICALE

1. — Le bassin de la femme.

(*Anatomie obstétricale*, 1 vol., Paris, 1892. Voir ci-dessus.)

La voie pelvienne que suit le fœtus est un canal ostéo-musculaire limité en haut par le détroit supérieur, et, en bas, par la vulve.

Le détroit supérieur est une ceinture osseuse complète, mais formée de plusieurs pièces solidement articulées ensemble. Selon nous, il comprend en arrière l'angle sacro-vertébral et les bords antérieurs des ailerons sacrés; de chaque côté, les lignes innominées, *et en avant, la bande osseuse comprise en hauteur, entre le bord supérieur de la symphyse pubienne et de la branche horizontale du pubis d'une part, et, d'autre part, le point le plus saillant de la face postérieure de la symphyse pubienne (point post-pubien de Crouzat) et la lèvre postérieure de la gouttière sous-pubienne (crête de l'obturateur interne de Balandin et Veit).*

A vrai dire, le détroit supérieur n'est pas plus un plan qu'un simple anneau; c'est un *véritable canal* réduit à son minimum de hauteur en arrière au niveau de l'angle sacro-vertébral, étendu en avant depuis le bord supérieur de l'arc antérieur du bassin, jusqu'à la lèvre postérieure de la gouttière sous-pubienne.

On fait à juste titre une différence entre ce qu'on appelle classiquement le plan du détroit supérieur (passant par le bord supérieur des pubis) et ce que Veit a désigné sous le nom de *rétrécissement supérieur du bassin* (normal), c'est-à-dire le plan qui contient *le diamètre antéro-postérieur minimum* de l'entrée du bassin, *en même temps que les crêtes des obturateurs internes.*

Le détroit supérieur ainsi conçu est véritablement un *détroit* : sa partie la plus rétrécie est aussi la plus inférieure, et elle limite exactement en haut la cavité de l'excavation. Le détroit supérieur est en avant le vestige de l'entonnoir amplement développé de chaque côté et représenté ici par les ailes iliaques du grand bassin.

Cette manière de décrire le détroit supérieur se justifie par l'anatomie pathologique ; certains bassins viciés ont le bord supérieur de la barre pubienne éversé ou incliné en avant, à la façon d'une lèvre inférieure lippue. Ce n'est là qu'une exagération de la disposition normale.

Le détroit supérieur, pendant la grossesse, perd un peu de sa fixité ; et c'est le fait du ramollissement physiologique subi par ses jointures.

Au-dessous de lui, l'excavation s'étend jusqu'au détroit moyen (de Balandin, Budin, etc.). Elle forme aussi une ceinture osseuse, mais largement fenêtrée par les trous souspubiens et les échancrures sciatiques.

A partir du détroit moyen, la voie fœtale devient entièrement musculo-membraneuse, à travers le plancher périnéal. Le coccyx se rétropulse et les ischions, s'ils sont normaux, s'éloignent trop pour appartenir au canal pelvi-génital.

2. — L'utérus gravide.

(Documents pour servir à l'histoire du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches : thèse de Doctorat, Paris, mars 1888. — Du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, *Gazette des hôpitaux*, novembre 1888.)

A. — *Origine du segment inférieur.* — Cette question très discutée a été l'objet d'une foule de travaux intéressants qui ont eu pour résultat de faire bien connaître l'anatomie de l'utérus puerpéral. Parmi les auteurs, les uns font venir le segment inférieur du corps de l'utérus, les autres du col ; un troisième groupe éclectique le fait naître à la fois du corps et du col. Pour beaucoup, cette région n'existerait pas en dehors de la grossesse, ou tout au moins n'aurait pas alors son équivalent.

Nous pensons avec Budin, Auvard et Acconci, que le segment inférieur répond à l'isthme de l'utérus non gravide. Le malentendu provient de la signification vague et incertaine accordée à ce qu'on appelle l'*orifice interne* du col.

L'utérus en dehors de la gestation comprend trois parties: le corps, l'isthme, le col. L'isthme est limité en haut par le bord inférieur de la couche musculaire *moyenne*, qui ne descend pas plus bas ; il est séparé du col par un sphincter qui appartient à la couche musculaire *interne* de la paroi utérine et qui répond au véritable orifice interne. Il est tapissé par une muqueuse qui ressemble de tous points à celle du corps utérin, qui diffère notablement des replis de l'arbre de vie : ceux-ci appartiennent au col.

Enfin cette région (que les auteurs appellent *partie supérieure du col*) est constituée par une paroi musculaire où existent à la fois la couche musculaire *interne* et la couche musculaire *externe* de l'utérus.

Le col, au contraire, est pourvu d'une muqueuse spéciale; comme muscles, il ne contient que la couche musculaire *interne* qui descend jusqu'à l'orifice externe.

Or, pendant la grossesse, l'utérus est divisé en trois parties : corps, segment inférieur et col.

Le segment inférieur est limité en haut par le bord inférieur de la couche musculaire *moyenne* (anneau de Bandl); il est séparé du col par un sphincter qui appartient à la couche musculaire *interne* (orifice interne vrai); il est tapissé par une muqueuse, qui ressemble de tous points à celle du corps utérin, qui diffère notablement des replis de l'arbre-de-vie. Enfin, ce segment inférieur est constitué par une paroi musculaire mince (sans couche moyenne) où existent à la fois la couche *externe* et la couche *interne*. Les mêmes caractères existent donc sur l'isthme et sur le segment inférieur.

L'adhérence des membranes se termine à l'orifice interne du col : que cet orifice interne s'évase à la fin de la grossesse, ce ne sera pas à dire pour cela que le col prend part au segment inférieur ; le col, en s'effaçant, s'unit au segment inférieur pour former le *canal cervico-utérin*, et *non pas le*

segment inférieur, qui, lui, conserve ses limites précises.

Ajoutons, en terminant, que l'anatomie comparée donne raison à cette théorie. Keilman, étudiant l'utérus gravide et non gravide chez la chauve-souris, a trouvé que le corps, normalement bicorne chez ces animaux, communique avec un long canal, semblant appartenir au col, à l'état de vacuité, tapissé au contraire de caduque après la fécondation; ce long canal (isthme ou segment inférieur) est séparé du col par un véritable orifice interne.

B. — *Le cul-de-sac vésico-utérin du péritoine pendant la grossesse et l'accouchement.* — Jusqu'où descend le cul-de-sac séreux vésico-utérin pendant la grossesse? A l'état de vacuité, ce cul-de-sac recouvre, d'après Sappey, le tiers supérieur de la face antérieure du col utérin, soit la moitié supérieure de la portion sus-vaginale. Pour Schröder, Hart et Barbour, etc., la réflexion du péritoine se fait à l'union du corps et du col; celui-ci n'est donc pas recouvert par la séreuse, et dans toute sa portion sus-vaginale il n'est séparé de la vessie que par du tissu cellulaire.

Pendant la grossesse, Kohlrausch, Küstner, etc., suivant l'opinion de Schröder, fixent le lieu de la réflexion du péritoine à la limite supérieure du col.

Or, voici ce qu'il est facile d'observer directement dans une autopsie de femme enceinte, ou surtout peu après l'accouchement : en ouvrant l'abdomen de manière à respecter le cul-de-sac séreux vésico-utérin, c'est-à-dire en arrêtant l'incision médiane à l'ombilic pour en faire partir deux incisions latérales qui rejoignent les épines iliaques antérieures et supérieures, on pénètre facilement entre l'utérus et la vessie. L'index gauche est placé très doucement au fond du cul-de-sac vésico-utérin; l'index droit est introduit dans le vagin, immédiatement au-devant du col. Sans déprimer les tissus, on s'aperçoit que les deux doigts ne sont séparés l'un de l'autre que par une couche de tissus très minces, qui semblent presque uniquement constitués par la paroi vaginale. A la dissection faite après avoir fixé les rapports avec

des épingles, on retrouve la même disposition : le péritoine descend très bas vers le vagin qu'il tapisse même plus ou moins, formant là une sorte de cul-de-sac de Douglas antérieur.

Que deviennent donc les adhérences de la vessie avec l'utérus pendant la grossesse? Déjà peu résistantes à l'état de vacuité, elles deviennent extrêmement faibles, pour ainsi

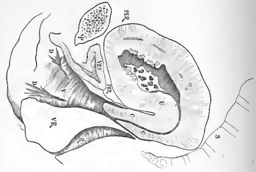


Fig. 1. — Coupe antéro-postérieure représentant le cul-de-sac péritonéal utéro-vagino-vésical, après l'accouchement.
P, pubis — V, vagin. — VES, vessie. — U, Utérus. — CC. col — R, rectum. — VR, cloison vagino-rectale. — DD, déchirures vagino-vulvaires. — S, sacrum. — PER, péritoine et cul-de-sac.

dire nulles, du fait de la gestation. Le tissu cellulaire qui unit en cet endroit les deux réservoirs s'imbibe, se relâche au point qu'ils acquièrent une indépendance complète; ils peuvent alors aisément glisser l'un sur l'autre et se déplacer, d'autant plus que le péritoine s'interpose entre eux, grâce à la laxité remarquable des fibres celluleuse par lesquelles il leur est uni (mars 1888).

C. — *Le péritoine de la face antérieure de l'utérus pendant les suites de couches.* — En haut du segment inférieur, on trouve, quinze ou vingt jours après l'accouchement, sur la face antérieure de l'utérus, un repli séreux transversale-

ment dirigé, attaché d'un côté à l'autre de l'organe, libre et flottant par son bord inférieur. On dirait que la séreuse, devenue trop large, se replie sur elle-même, et use de cet artifice pour suivre la rétraction du muscle utérin, trop rapide par rapport à la sienne.

3. — Les membres du fœtus à terme.

(*Anatomie obstétricale*, loc. cit.)

La longueur des divers segments des membres chez le fœtus à terme est utile à connaître pour certains cas où l'accoucheur doit abaisser un bras ou une cuisse du fœtus, ou bien lorsqu'il veut réduire un membre procident.

Les points de repère choisis pour cette mensuration ont été déterminés de manière à faire connaître la plus grande longueur du segment considéré. Ce sont les suivants :

Le bras est mesuré depuis la pointe de l'acromion jusqu'à l'extrémité de l'olécrâne, l'avant-bras étant mis à angle droit sur le bras. Sa longueur moyenne ainsi entendue est de 9 c. 4 chez un fœtus de 3.250 grammes.

L'avant-bras est mesuré depuis l'extrémité de l'olécrâne jusqu'au point le plus saillant de la face dorsale du carpe, la main étant fléchie au maximum sur l'avant-bras. Ainsi compris, il est long de 8 cent. chez un fœtus de 3,250 grammes.

La cuisse est mesurée depuis le point le plus élevé du grand trochanter jusqu'au point le plus saillant du genou fléchi à angle droit (bord supérieur de la rotule). Cette longueur est de 10 c. 8.

La jambe est mesurée depuis le point le plus saillant du genou fléchi (bord supérieur de la rotule) jusqu'au point culminant du talon. Elle est longue de 11 c. 5.

4. — Longueur de l'intestin chez le nouveau-né.

(Cours d'hygiène et de pathologie du nouveau-né, 1893, et thèse d'Angerant, Paris, 1894, page 2.)

La longueur totale de l'intestin est, par rapport à la longueur totale du nouveau-né, comme 5 est à 1.

II. — PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE OBSTÉTRICALES

5. — De l'avortement multiple, et en particulier de l'avortement gémellaire.

En collaboration avec M. le Dr Maygrier. (*Archives de Tocologie*, 1892, 25 février.)

Malgré les très nombreuses publications parues sur l'avortement et ses complications, c'est en vain qu'on chercherait dans la littérature un travail d'ensemble (1) sur une variété importante de cet accident de la grossesse, l'avortement multiple.

La fréquence n'en serait pas grande (?) au moins à l'hôpital; sur une série de 2.097 accouchements observés à la Pitié, il y a eu seulement 8 avortements gémellaires, soit, en moyenne, 1 sur 262.

Un fait curieux à noter est l'apparition de l'hydramnios dans bon nombre de cas. Sans doute, cette complication est loin d'être rare dans les grossesses multiples, mais ce qui la rend ici caractéristique, c'est sa précocité et la rapidité de son développement; elle apparaît, en effet, de bonne heure, parfois dès le troisième mois; elle augmente très rapidement. Généralement, 10 ou 15 jours au plus après l'apparition de cette hydramnios, l'utérus, ne pouvant subir une distension plus grande, se révolte, et des contractions surviennent, qui rendent l'avortement inévitable. La fréquence de cette complication (7 fois sur 10), son apparition dès le premier mois de la gestation, l'allure caractéristique qu'elle revêt, lui donnent une assez grande valeur au point de vue du diagnostic et du pronostic, et nous estimons que lorsqu'on la verra se produire dans ces conditions, on sera en droit de soupçonner une grossesse gémellaire ou multiple à son début avec un avortement imminent à peu près fatal.

(1) Depuis notre mémoire a paru la thèse du Dr Merle (Paris, 1892).

En dehors de ces faits où l'hydramnios peut mettre sur la voie du diagnostic, le plus souvent, lorsque les menaces d'avortement surviennent, la grossesse gémellaire est restée méconnue. Nous avons pourtant recueilli une observation où le diagnostic de grossesse gémellaire avec menace d'avortement a pu être établi à quatre mois de gestation ; cette opinion était basée sur l'existence de certains signes de la mort du fœtus, observés alors que les battements de cœur continuaient à se faire entendre : le fait ne pouvait s'interpréter que par la présence dans l'utérus de deux jumeaux, l'un mort, l'autre vivant.

Dans les avortements de trois à six mois, les seuls qui nous ont occupés, la règle est que l'avortement se fasse en deux temps. On assistera donc d'abord à l'expulsion des jumeaux, puis à la délivrance.

La sortie des fœtus peut avoir lieu à des intervalles variables. Cette expulsion se fait avec la plus grande facilité, et nous n'insisterons que sur ce fait, important pour la délivrance, que souvent les fœtus passent à travers un col très incomplètement dilaté.

Lorsque le premier fœtus est né, dans le cas où il existe une seconde poche intacte avec un fœtus vivant, l'avortement demeure parfois incomplet. Une fois le premier fœtus sorti, *suivi ou non d'un placenta*, les douleurs cessent, le col peut revenir sur lui-même et se fermer. Dans une observation de Warren, une femme expulsa à trois mois de gestation un fœtus sans que le placenta suivit. Sa grossesse se prolongea et elle accoucha à terme d'un enfant vivant. Le délivre se composait d'un placenta normal et d'un petit placenta lui attenant, et atteint de dégénérescence fibreuse.

Parfois, les fœtus expulsés présentent un développement très inégal, soit qu'il y ait eu superimprégnation, soit que l'un d'eux soit mort pendant que l'autre continuait à se développer.

Au troisième et au quatrième mois, il arrive très fréquemment que la délivrance tarde à se faire et que le placenta

reste retenu dans l'utérus. Sur six avortements gémellaires aux troisième et quatrième mois, il y a eu six fois rétention, et deux fois la mort est survenue par septicémie. Cette rétention peut donc présenter une gravité exceptionnelle dans l'avortement multiple. Si, dans les avortements simples, on observe quelquefois une rétention de longue durée sans accidents, il n'en est plus de même ici. En raison du gros volume du délivre, on peut voir, lorsque son séjour dans l'utérus se prolonge, éclater des accidents graves de septicémie, analogues à ceux qu'on rencontre dans les mêmes circonstances après un accouchement. Le pronostic diffère donc singulièrement de celui de l'avortement unique, et l'élimination du délivre a une extrême importance.

Au cinquième et au sixième mois, l'expulsion spontanée du placenta a généralement lieu peu après celle des jumeaux. La rétention est beaucoup plus rare.

La menace d'avortement dans le cours d'une grossesse multiple est beaucoup plus difficile à enrayer que dans une grossesse simple. Cependant le traitement prophylactique est toujours de rigueur, même lorsqu'un fœtus a été expulsé suivi ou non de son placenta, à la condition bien entendu que l'autre œuf paraisse intact, vivant et non hydropique.

Une fois les fœtus sortis, reste le traitement de la délivrance. S'il y a rétention au troisième ou au quatrième mois, la conduite à tenir doit être envisagée d'une autre façon que dans la grossesse unifœtale, où l'expectation est possible tant qu'il n'y a pas d'accident. Dans la grossesse multiple, il faut intervenir immédiatement sous peine de voir survenir les complications les plus graves par suite de la putréfaction d'un placenta volumineux.

Toutefois, le principe général de l'intervention étant posé, il y a lieu d'examiner diverses éventualités et de bien préciser les indications de l'intervention.

A. — *Conduite à tenir au moment même de l'avortement.* — Le médecin assiste à l'expulsion des fœtus. Il doit aussitôt

se rendre compte de l'état du col. Deux cas alors peuvent se présenter :

1. Le col est resté largement perméable. Dans ces conditions, la délivrance peut se faire spontanément. On pourra donc attendre. Mais si, cette expectation se prolongeant, le placenta ne paraît avoir aucune tendance à se décoller, si le col semble devenir moins perméable, on n'hésitera pas à pratiquer la délivrance artificielle en faisant pénétrer plusieurs doigts ou la main jusqu'au fond de l'organe.

Il est un cas où l'on pourrait être autorisé à attendre davantage. C'est lorsque, les placentas étant séparés, l'un d'eux est expulsé peu après les jumeaux et que l'autre reste seul retenu. Dans une observation de Genesteix, les choses se sont passées ainsi : une femme expulse deux jumeaux à quatre mois de grossesse; l'un des placentas est éliminé, l'autre est retenu; on attend et on fait des injections antiseptiques toutes les deux heures; deux jours plus tard, le second placenta est expulsé.

2. Après la naissance des jumeaux, le col est trop étroit pour qu'on puisse pénétrer avec les doigts dans la cavité utérine. Que faire en pareil cas ? Il faut dilater l'orifice cervical soit à l'aide d'un ballon de Barnes, soit mieux encore avec celui de M. Champetier de Ribes; aussitôt après l'expulsion du ballon, et sans perdre une minute, on introduira la main dans l'utérus, pour ne pas laisser au col le temps de se rétrécir, et on extraira le délivre.

B. — *Conduite à tenir lorsque la rétention existe depuis un certain temps.* — Si la rétention dure depuis un certain temps, depuis plusieurs jours, l'intervention est indiquée. Le col peut être encore perméable et la délivrance artificielle possible.

Mais si le col est infranchissable, il faut commencer par le dilater ; ici est indiqué l'emploi d'un ballon excitateur de Tarnier ou de Champetier de Ribes.

Dans tous les cas qui précèdent, l'emploi du chloroforme sera le plus souvent nécessaire.

Lorsqu'on est appelé alors que la rétention d'un placenta gémellaire ou trigémellaire dure depuis plusieurs jours, quand la femme est en proie à la septicémie la plus grave, quand enfin le col est infranchissable pour la main, la dilatation et l'extraction ne nous semblent offrir qu'une bien faible chance de vie; de même le curage de l'utérus nous paraît illusoire. L'opération de Porro, dans de pareilles circonstances, nous semble rationnelle.

Au 5e et au 6e mois, on se comportera comme s'il s'agissait d'un accouchement à terme.

6. — Formes de l'utérus dans l'avortement incomplet.

(*Journal des Praticiens*, 1898, n° 28, p. 441.)

Dans l'avortement incomplet, ou bien le col effacé se joint au segment inférieur pour former une cavité *cervico-segmentaire*, à parois minces, où est descendue la majeure partie du délivre presque complètement détaché, et cette loge cervico-segmentaire communique en haut avec un diverticule utérin, plus étroit, circonscrit par des parois musculaires épaisses appartenant au corps de la matrice proprement dit. Un pédicule mince attache encore le délivre en une petite région de cette loge supérieure. Ou bien, dans une seconde forme, le placenta est retenu dans une cavité utérine qui ressemble à ce qu'elle était avant tout travail d'expulsion, c'est-à-dire composée du corps et du segment inférieur réunis, le col leur étant appendu.

Dans le premier cas, l'effort expulsif naturel est terminé, puisque le corps utérin est rétracté. Le délivre, chassé du corps en majeure partie, stagne dans la cavité cervico-segmentaire dont les parois minces et flasques sont incapables de l'expulser; il y séjournera un temps indéfini et y subira, si l'on n'agit pas, des altérations septiques. Aussi, sans les attendre, doit-on, à mon sens, intervenir même en l'absence de tout accident. L'extraction est simple et sera facilitée par l'*expression abdomino-vaginale* du professeur Budin.

Si le placenta est encore retenu dans la cavité du corps, on peut, en l'absence de tout accident, attendre quelques jours (5 ou 6), parce que, d'après les statistiques, le plus souvent le délivre est expulsé spontanément dans les cinq ou six jours qui suivent l'embryon. Si, au bout de ce temps, le délivre est encore retenu, il doit être extrait.

En présence d'un accident quelconque, tout le monde est d'accord aujourd'hui pour évacuer l'utérus immédiatement.

Le champ de l'expectation, en l'absence de tout accident pendant la rétention, se réduit peu à peu, même pour ses partisans les plus fidèles.

7. — Contribution à l'étude des cardiopathies dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement.

(*L'Obstétrique*, 15 janvier 1896.)

Travail d'ensemble basé sur 64 observations personnelles.

L'auscultation du cœur maternel doit être pratiquée par l'accoucheur dans tous les cas, sans aucune exception. Cette exploration est aussi indispensable que l'examen des urines.

C'est en suivant cette règle de conduite, pendant mon clinicat dans le service du professeur Tarnier, que j'ai reconnu 64 cardiaques sur 5.162 femmes enceintes, soit une proportion de 1,23 %.

Parmi les cardiaques enceintes, 70 % (2 sur 3) souffrent de leur cardiopathie pendant la grossesse. Ce qui n'empêche pas que certaines femmes peuvent avoir plusieurs enfants sans présenter de signes d'insuffisance cardiaque.

La mortalité maternelle a été, dans cet ensemble de faits, de 3 % ; la mort subite se produit 1,6 sur 100.

La mortalité générale pour les enfants a été de 9 %.

Les principaux éléments qui aggravent le pronostic sont la myocardite et la toxémie gravidique. Relativement à celle-ci, bien indiquée par Bar et Rénon, notre travail comprend deux faits dans lesquels une femme eut des accidents à sa

première grossesse, tandis qu'elle accoucha normalement à sa seconde.

8. — De l'ictère grave chez la femme enceinte.

(*Congrès de Gynécologie de Bordeaux*, août 1895, p. 530.)

Memoire comprenant 20 observations dont deux personnelles, et étudiant entre autres points les rapports de l'ictère grave et de l'éclampsie puerpérale.

9. — Contribution à l'étude des rapports de l'utérus avec l'intestin en clinique obstétricale.

(*L'Obstétrique*, 15 septembre 1897.)

Travail d'ensemble rappelant la coïncidence possible de la grossesse avec la péritonite tuberculeuse, la péritonite aiguë d'origine intestinale, l'obstruction intestinale, l'appendicite, etc. Ce mémoire contient plusieurs observations personnelles; l'une d'elles a trait à une typhlite stercorale compliquant la grossesse; une autre montre une accumulation fécale dans l'S iliaque au début d'une grossesse utérine et simulant une grossesse extra-utérine. Une troisième observation vient d'une femme qui fit au sixième jour de ses suites de couches un violent accès de fièvre, avec hémorrhagies intestinales, le tout probablement d'origine coli-bacillaire. Une seconde femme mourut de péritonite d'origine intestinale après avoir eu aussi des hémorrhagies intestinales et de la diarrhée.

Si bien que, en dehors de la fièvre typhoïde, de la tuberculose, de la dysenterie et de l'impaludisme, il existe chez certaines accouchées une affection intestinale aiguë caractérisée par une fièvre élevée, de la diarrhée et des hémorrhagies intestinales, susceptible de guérir vite ou d'amener la mort par péritonite, qu'il y ait perforation réelle ou simple propagation.

10. — Les infections intra-utérines du fœtus, la syphilis exceptée.

(*Société de Médecine et de Pharmacie de Toulouse*, prix Gaussail, médaille d'or, 1896.)

Ce travail comprend deux parties. La première traite du passage de la mère au fœtus des maladies suivantes : charbon bactéridien et symptomatique, septicémie vibrionienne, choléra des poules, infection pyocyanique, streptococcie, infection par le proteus vulgaris, staphylococcie, colibacillose, ictère grave, fièvre typhoïde, variole, vaccine, rougeole, scarlatine, suette miliaire, oreillons, coqueluche, rhumatisme articulaire aigu, paludisme, choléra, typhus, grippe, pneumonie, tuberculose, infection aspergillaire, gonococcie, rage, morve, diphtérie, tétanos.

La deuxième partie du mémoire traite des infections amniotiques.

11. — Les infections du liquide amniotique.

(*Journal des Praticiens*, 18 septembre 1895, et *Archives de Tocologie*, septembre, octobre, novembre, décembre 1896.)

Sur 4.416 accouchements, la rupture prématurée des membranes s'est faite dans la proportion de 12 %.

La terminaison de l'accouchement a lieu le plus souvent de 12 à 48 heures après la rupture prématurée; l'infection amniotique est plus fréquente (11 %) lorsqu'il s'écoule de 2 à 5 jours entre ces deux moments.

La mortalité totale des enfants, en cas de rupture prématurée des membranes, est de 13 %.

Quand l'enfant naît vivant, après infection du liquide amniotique, il est souvent en état de mort apparente. S'il est ranimé, il peut survivre et se bien porter; mais il peut aussi présenter des signes d'infection qui se manifestent de différentes manières. Ce sont :

1° Des formes cutanées (érythème, abcès épidermiques);

2° Des formes suppuratives (abcès multiples);
3° Des formes ombilicales (suppuration, érysipèle, etc.);
4° Des formes hépatiques (ictères graves);
5° Des formes digestives (dyspepsie, diarrhée);
6° Des formes respiratoires (broncho-pneumonies).

Quand il y a des signes d'infection amniotique (changement de coloration du liquide, fétidité, etc.), il faut terminer l'accouchement au plus vite et, au besoin, pratiquer la dilatation artificielle rapide de l'orifice utérin.

12. — De quelques signes atypiques de l'auto-intoxication gravidique.

(*Revues et Mémoires d'Obstétrique*, 1900, XVI, p. 588.)

A côté des prodromes classiques de l'éclampsie, on peut citer, comme symptômes de l'auto-intoxication gravidique:

1° Les névralgies diverses, déjà signalées par Tarnier et Bar, et parmi lesquelles j'ai recueilli un fait de névralgie abdominale avec œdème de la vulve, le tout disparaissant grâce au régime lacté;

2° La glycosurie, avec ou sans albuminurie (plusieurs observations personnelles, comparables — et postérieures — à celles de Keim);

3° Les hématémèses par ulcération gastrique;

4° L'ictère biliaire avec hémorrhagies.

13. — Physiologie du segment inférieur.

(Thèse de doctorat.)

Le segment inférieur de l'utérus joue un rôle important en ce qui concerne les causes immédiates de l'accouchement.

Simpson et Schrœder admettaient que le décollement de l'œuf dans ses régions inférieures était le point de départ des douleurs de l'enfantement. Or, ce décollement est favorisé dans les derniers temps de la grossesse par les alternatives d'allongement et de raccourcissement que subit le segment

inférieur sous l'influence des périodes successives d'action et de repos que présentent les muscles utéro-pelviens; sans compter que les adhérences des membranes au segment inférieur sont toujours moins solides que partout ailleurs. Lorsque le décollement est suffisamment étendu, la partie de l'œuf qui s'est séparée du segment inférieur devient un corps étranger pour lui : elle irrite ses nerfs qui, par action réflexe, amènent la contraction énergique du corps de l'utérus. Cette contraction, à son tour, allonge le segment inférieur, décolle une nouvelle partie des membranes, et ainsi de suite.

Le segment inférieur semble ainsi être le point de départ du réflexe qui aboutit à la contraction utérine. Il joue, par rapport à l'utérus, le rôle du col vésical par rapport au réservoir urinaire; avec cette différence que, sauf exceptions (dans le cas de rétraction de l'anneau de Bandl au dessous du fœtus, par exemple), il est toujours rempli par une masse fœtale jusqu'à la fin de l'accouchement, masse fœtale qui n'agit comme excitant que lorsque les membranes de l'œuf, décollées, cessent de faire partie intégrante, pour ainsi dire, de la paroi utérine.

Les faits cliniques abondent pour étayer cette théorie : les meilleures méthodes d'accouchement provoqué agissent en décollant les membranes, c'est-à-dire en excitant le segment inférieur; quand, au début de l'accouchement, les membranes sont anormalement adhérentes, le travail ne marche pas, il y a inertie utérine; si le segment inférieur est vide, les contractions sont nulles; elles apparaissent, au contraire, si on excite sa paroi en introduisant la main au-dessus du col, etc., etc.

Le segment inférieur a encore un autre rôle pendant le travail : en se tendant au moment de la contraction, il s'applique sur la présentation et la dirige dans la bonne voie; il empêche, en outre, les procidences de se produire, si sa contractilité est normale.

14. — Le bassin coxo-tuberculeux.

(*Journal des Praticiens*, 1890, nos 24 et 25; *Gazette des hôpitaux*, 27 septembre 1890; *Guide pratique des Sciences médicales*, 1891; *Journal des Praticiens*, 1893; *Titres pour l'agrégation*, 1895 et 1898.)

On a longtemps réuni dans une même description les différentes viciations pelviennes causées par les boiteries et, entre autres, celles qui sont dues à la luxation congénitale de la hanche et à la coxalgie (coxo-tuberculose du Pr Lannelongue).

Il est nécessaire de distinguer nettement ces deux formes de bassins : l'anatomie pathologique et la clinique fournissent de sérieux arguments pour soutenir cette thèse.

Il ne faut pas s'attendre à trouver un type unique de bassin coxo-tuberculeux. Loin de là, on en rencontre des variétés multiples, qui, au premier abord, échappent à toute classification.

Ce défaut d'uniformité provient de la grande diversité d'éléments qui interviennent dans l'étiologie des altérations pelviennes.

D'abord, la notion d'âge est des plus importantes : la coxotuberculose modifie d'autant plus la forme du pelvis qu'elle se développe plus tôt; si la maladie apparaît tardivement, quand le squelette est déjà solide et presque entièrement développé, son influence sera nulle.

L'atrophie joue un grand rôle pour diminuer l'ampleur du côté malade. Les troubles trophiques qui frappent l'os iliaque dans son développement sont beaucoup plus marqués ici que dans la luxation congénitale.

L'époque à laquelle la guérison s'est faite intervient aussi pour une large part. Il faut savoir si la coxo-tuberculose a rétrocédé dans le cours de la deuxième période (abduction et rotation en dehors du membre inférieur) ou dans le cours de la troisième seulement (adduction et rotation en dedans).

La périostite et l'ostéite proliférante tendent à diminuer

les dimensions du petit bassin, si les dépôts se font sur la surface pelvienne qui répond à l'acétabulum.

Le mode de traitement suivi entre également en jeu. La petite malade a pu, dans certains cas, continuer à marcher presque pendant tout le cours de sa coxalgie, tantôt avec un appareil inamovible, permettant encore l'appui sur le membre malade, tantôt avec des béquilles supprimant plus ou moins cet appui. D'autres fois, le séjour au lit a duré longtemps, et les contre-pressions exercées sur le bassin par les membres inférieurs pendant la marche ne se sont pas produites.

Bien souvent, il y a eu des alternatives d'amélioration et de rechutes; après un séjour au lit de quelque temps, l'enfant a marché (à la seconde période, par exemple); puis une recrudescence des accidents s'est faite, nécessitant le repos dans le décubitus horizontal, et ainsi de suite.

Enfin, la tête fémorale se déplace parfois; et la luxation qui en résulte change pour son compte la statique du bassin; mais, lésion tardive le plus souvent, elle n'est pas, il s'en faut, la cause principale des changements de forme éprouvés par le bassin.

Cela posé, quelle est la forme du bassin coxo-tuberculeux?

Supposons d'abord qu'il n'y a pas de luxation pathologique.

Le bassin coxo-tuberculeux est *asymétrique*, habituellement de forme *oblique ovalaire*.

Son diamètre promonto-pubien est presque toujours plus petit que dans l'état normal.

Le bassin dans son ensemble est en *antéversion*, et aussi en *latéroversion*.

L'inclinaison latérale se fait tantôt du côté sain et tantôt du côté malade; en général, *l'os iliaque le plus élevé est celui qui présente un redressement plus ou moins accentué de la ligne innominée*.

Si la coxo-tuberculose s'est arrêtée à la deuxième période (c'est le cas le moins fréquent), le membre malade est en abduction et en rotation en dehors, la latéroversion pelvienne se fait du côté malade. L'aplatissement latéral du bassin porte

sur l'os iliaque le plus élevé, c'est-à-dire ici sur le côté sain. L'os iliaque malade n'est pas aplati par les contre-pressions fémorales, mais il est atrophié par la coxalgie. Au détroit inférieur, la branche ischio-pubienne du côté sain est un peu plus rapprochée du plan médian que celle du côté coxalgique. Le rétrécissement est donc assez prononcé dans cette forme.

Le plus souvent, la maladie a évolué jusqu'à sa troisième période (adduction et rotation en dedans). Ici, l'inclinaison latérale se fait du côté sain; l'os iliaque le plus élevé répond à la coxalgie. L'aplatissement latéral de la ligne innominée existe du côté malade qui cumule et les effets de la contre-pression fémorale, et ceux de l'atrophie coxo-tuberculeuse. La branche ischio-pubienne du côté coxalgique est plus rapprochée du plan médian que celle du côté sain. Le rétrécissement est moins marqué que dans le cas précédent.

Lorsque, malgré l'évolution de la troisième période, la malade a pu marcher dès la seconde, on observera des lésions complexes, et souvent l'aplatissement de la ligne innominée du côté sain comme dans cette seconde période.

Quand la luxation pathologique intervient, on note habituellement la forme pelvienne de la troisième période (aplatissement du côté malade), mais l'inclinaison latérale (latéroversion), au lieu de se faire du côté sain, se produit en sens inverse. Tout dans ce cas se porte du côté malade : atrophie, aplatissement, latéroversion. Au détroit inférieur, la déformation est en général peu prononcée ; les deux ischions peuvent être à leur place normale ; ou bien, c'est tantôt la branche ischio-pubienne du côté sain, et tantôt celle du côté malade qui est la plus rapprochée de la ligne médiane.

L'attitude du membre inférieur ankylosé est donc importante pour prévoir à priori comment le bassin est déformé. Sans doute, le toucher vaginal est seul bon juge. Mais il est utile de savoir d'avance dans quel sens on peut s'attendre à trouver les lésions. De même que chez une rachitique on ne néglige jamais d'examiner les membres inférieurs, de

même chez une coxo-tuberculeuse on doit procéder à ce même examen.

Les rapports de l'attitude du membre inférieur avec la déformation pelvienne sont exacts deux fois sur trois; et notre statistique comprend aujourd'hui plus de 50 bassins étudiés cliniquement.

Le *mécanisme de l'accouchement spontané* varie suivant la position de la tête. Si l'occiput répond à la partie étroite du bassin, la tête maintenue d'abord au-dessus du détroit supérieur peut s'y défléchir, ou, au contraire, se fléchir au maximum; puis elle glisse parfois brusquement, si l'autre moitié du bassin est assez vaste, sur le côté aplati et arrive au détroit moyen, puis au détroit inférieur. Là, elle rencontre parfois une branche ischio-pubienne presque verticale et plus voisine qu'à l'ordinaire de la ligne médiane : l'occiput tourne en avant, dépasse la ligne médiane, continue à tourner, et se dégage obliquement dirigé en avant et du côté large de l'arcade pubienne. Le dégagement peut être gêné par l'adduction de la cuisse ankylosée dans cette attitude et incapable de s'écarter.

Si l'occiput se trouve dans la partie large du bassin, l'engagement et la sortie de la tête se font beaucoup plus simplement.

Pour le pronostic, il est plus grave que dans le cas de luxation congénitale de la hanche. Sans doute, l'accouchement a lieu spontanément dans la majorité des cas, mais la proportion des opérations est plus forte pour les bassins coxo-tuberculeux que lorsqu'il y a luxation congénitale. Notre première statistique est trop chargée si on la prend au pied de la lettre. Mais nous avons recueilli les faits publiés justement parce qu'ils avaient présenté de l'intérêt par la dystocie à laquelle ils avaient donné lieu. Les statistiques de bassins viciés par luxation congénitale sont passibles du même reproche.

Pour avoir une idée plus exacte de ce pronostic, nous avons recueilli tous les cas de coxo-tuberculose et tous ceux de luxation congénitale qui se sont présentés dans le

même temps et dans le même service (celui du professeur Tarnier), et nous avons obtenu les résultats suivants :

Sur 4.680 accouchements, à la clinique de la rue d'Assas, il y a eu 11 femmes coxo-tuberculeuses donnant ensemble un total de 23 accouchements; sur ce chiffre de 23, 5 fois on est intervenu, 3 fois avec le forceps, 2 fois avec le basiotribe, soit 26 % d'interventions.

Sur les mêmes 4.680 accouchements, il y a eu 9 femmes atteintes de luxation congénitale de la hanche, donnant ensemble un total de 18 accouchements. Une seule fois la terminaison a été artificielle et encore voici dans quelles conditions : une jeune femme atteinte de luxation congénitale, mais à bassin suffisamment large, est prise d'accidents gravido-cardiaques des plus menaçants; son fœtus est macéré, mais, pour la débarrasser au plus vite, j'extrais l'enfant avec deux branches du basiotribe. Comptons néanmoins cette intervention : nous obtenons un pourcentage de 5 % à comparer avec celui de 26 % dû à la coxo-tuberculose.

L'excès de volume très accentué de la tête par rapport au bassin est rare dans les cas de coxo-tuberculose ; mais l'asymétrie pelvienne, le redressement de la hanche ischio-pubienne, l'ankylose de la cuisse en adduction, expliquent la fréquence relative des applications de forceps.

15. — Sur une forme particulière de rachitisme pelvien.

(*Journal des Praticiens*, 8 janvier 1898.)

Observations personnelles de bassin rachitique transversalement rétréci.

16. — De l'ascension de l'anneau de Bandl comme signe prémonitoire de la rupture utérine imminente.

(*Thèse* de 1888.)

La contraction du corps utérin, pendant le travail, manifeste ses effets à la fois sur le fœtus et sur le segment inférieur.

Le fœtus, poussé par le muscle, peut influencer le canal cervico-utérin et en distendre les parois de dedans en dehors; l'ampliation portera ou bien sur une large surface ou sur un point limité, suivant que la partie fœtale qui soulève la paroi du segment inférieur sera grosse ou petite, régulière ou non.

La force contractile du corps de la matrice a une influence directe sur l'anneau de Bandl pour l'attirer en haut; ainsi s'allonge le segment inférieur.

Dans un accouchement normal, l'anneau de Bandl s'élève jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne (Frommel). Quand le travail est laborieux (rétrécissements pelviens, tumeurs, résistance du périnée, dystocie fœtale, etc.), il remonte plus haut encore (Hofmeier). L'utérus présente alors, au niveau de l'hypogastre, une sorte de sillon, de ligne transversale, visible et palpable à travers la paroi abdominale antérieure. Ce sillon, formé par l'anneau de Bandl, gagne parfois le niveau de l'ombilic et peut même le dépasser.

La rupture du segment inférieur est à craindre lorsque ce sillon transversal, formé par l'anneau de Bandl, se trouve au voisinage de l'ombilic.

Il faut alors se hâter de terminer l'accouchement.

17. — De la dystocie causée par la rétraction de l'anneau de Bandl.

(*Société obstétricale de France*, 1892; *Journal des Praticiens*, 29 avril 1891, 22 août et 5 octobre 1894; De la rétraction utérine avant la rupture des membranes, *L'Obstétrique*, 15 janvier 1898; *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, n° 5, 8 juin 1898, n° 6, 13 juillet 1898, et 18 janvier 1900.)

La rétraction de l'anneau de Bandl peut se produire à des moments différents pendant l'accouchement. Pendant la délivrance elle donne lieu à une forme connue de rétention du placenta.

Nos observations sont des exemples de rétraction de l'anneau de Bandl alors que le fœtus est retenu en tout ou en partie au-dessus de cet orifice coarcté.

A quoi reconnaît-on cette cause de dystocie?

- Chez une femme en travail, habituellement une multipare, le col s'est effacé, puis la dilatation s'est faite. La rupture des membranes a eu lieu prématurément, ou, au contraire, une volumineuse poche des eaux est descendue jusqu'au périnée; bientôt les contractions diminuent et cessent, et le travail s'arrête. Si les membranes sont rompues, le col revient sur lui-même; il est souple au niveau de l'orifice externe. Au-dessus de lui, le doigt pénètre dans un canal à parois molles, limité en haut par un bourrelet circulaire, épais, saillant et circonscrivant un orifice plus ou moins étroit. La partie fœtale est très élevée; on la sent au-dessus du bourrelet circulaire. Lorsque l'extrémité de l'index se trouve sur cet anneau rétracté, la base du doigt répond à peu près à l'orifice externe. Le canal limité par ces deux orifices a donc une longueur de 7, 8, 9 et même 10 centimètres. Il est donc plus long que le trajet cervical. En réalité, il est constitué par le canal cervico-utérin, c'est-à-dire par la réunion du col et du segment inférieur.

L'anneau de Bandl rétracté empêche le fœtus de descendre. C'est là le véritable obstacle, car il n'en existe pas d'autre, ni du côté du bassin, ni ailleurs.

D'autres fois, la présentation reste élevée, mais elle est immédiatement au-dessus de l'orifice externe du col; elle remplit le canal cervico-utérin, dont les parois sont souples, mais elle ne progresse pas, malgré des douleurs utérines qui sont bien plus marquées dans cette forme que dans la précédente. Au toucher manuel, on trouve, très haut, l'anneau de Bandl rétracté sur le fœtus, le plus souvent audessous des épaules, au niveau du cou.

Le travail est arrêté : la femme se fatigue et peut s'infecter; le fœtus, à l'étroit dans l'utérus rétracté, souffre et succombe; et plus on attendra, plus l'obstacle deviendra difficile à vaincre.

Les causes principales de cet accident sont la multiparité, la rupture prématurée des membranes, l'élévation de la partie fœtale.

Le diagnostic est aisé, si on pense à la possibilité de cette complication. On est souvent obligé de toucher profondément, et même d'introduire la main dans le vagin, pour reconnaître la cause de dystocie.

Le pronostic est sérieux, car l'accouchement n'a aucune tendance à se terminer spontanément ; l'enfant est menacé, et l'intervention est difficile.

Quelle est la conduite à tenir?

1[er] cas. — *Le segment inférieur est vide, le fœtus est retenu tout entier au-dessus de l'anneau rétracté.* — L'enfant est vivant en présentation du sommet; il faut choisir entre le forceps et la version, mais auparavant ouvrir l'anneau resserré. La main (ou peut-être le ballon de Champetier) sera chargée de cet office ; une fois le chemin ouvert, on préférera la version si l'utérus n'est pas trop rétracté sur le fœtus ; dans le cas contraire, on appliquera le forceps; mais on aura des difficultés à cause de la hauteur à laquelle on devra opérer. L'enfant mort sera extrait par le basiotribe. S'il s'agit d'une présentation de l'épaule, après dilatation de l'anneau, on fera encore la version, réservant l'embryotomie pour les cas de rétraction trop forte du corps utérin, car l'embryotomie faite à pareille hauteur est toujours délicate.

2[e] cas. — *L'enfant est en partie descendu au-dessous de l'anneau rétracté, en partie resté au-dessus de lui.* — Si le sommet se présente, la tête est tout entière dans le segment inférieur; elle y est mobile, et oscille comme un battant de cloche quand on glisse la main à côté d'elle. L'anneau est rétracté sur le cou du fœtus, au-dessous des épaules qu'il empêche de descendre. Si l'enfant est mort, la basiotripsie s'impose. Si l'enfant est vivant, il n'y a pas de version possible. Le forceps est seul applicable ; mais alors, quelles peines et quelles déconvenues ! Il suffit de lire, pour s'en convaincre, deux observations où le forceps fut dans un cas appliqué par nous-même, et dans l'autre par M. Budin (1).

(1) Thèse de Markowitch. Paris, 1894.

L'habileté bien connue de ce maître nous autorise à croire que si notre intervention, comme la sienne, a été laborieuse, c'est que les difficultés étaient vraiment très grandes. En effet, le forceps, si bien placé soit-il, glisse et dérape avec la plus grande facilité ; la tête, mobile dans le segment inférieur, se déplace entre les cuillers qui cessent alors de la tenir solidement. Nous avons fait des expériences sur le fœtus mort, et voici ce que nous avons vu : le fœtus, solidement maintenu par un aide dont les mains sont serrées sur les épaules, a la tête libre et mobile, comme elle l'est dans le segment inférieur lorsque l'anneau de Bandl est rétracté sur le cou, au-dessous des épaules ; le forceps est appliqué sur le sommet, aussi parfaitement, aussi idéalement que possible, et ses vis serrées au maximum; puis on tire sur le tracteur ou sur les manches : on voit alors la tête se défléchir, se déplacer par le fait de cette déflexion entre les deux cuillers, si bien que celles-ci glissent et lâchent bientôt prise. Nous avons essayé la prise oblique sans plus de succès. Or, ce serait à désespérer d'avoir un enfant vivant dans des circonstances de ce genre, si nous n'avions étudié la *prise occipito-frontale*. Cette prise, dans laquelle une cuiller est appliquée directement sur l'occiput et l'autre sur la face, est solide ; c'est elle que nous conseillons sans hésiter lorsque l'anneau de Bandl étant rétracté sur le cou, au-dessous des épaules, la tête est mobile au-dessous de lui dans le segment inférieur.

Si la présentation est celle de l'épaule, on se trouve aux prises avec le cas le plus classique : il faut éviter la version et faire l'embryotomie, car la rupture du segment inférieur est menaçante.

Quand la présentation est celle du siège décomplété mode des fesses, la rétraction de l'anneau peut exister de telle sorte que l'abaissement d'un pied est impossible ; l'anneau de Bandl s'applique sur les jarrets du fœtus et empêche les doigts de pénétrer jusqu'aux pieds. Le lacs et le forceps sont alors indiqués, ensemble ou isolément.

18. — De la rétraction utérine avant la rupture des membranes.

(*Loc. cit.*, v. 17.)

Mémoire appuyé sur deux observations personnelles montrant la rétraction utérine manifeste avant la rupture de la poche des eaux.

Avec une dilatation complète, la poche descendait jusqu'à la vulve, la tête fœtale restait élevée, le corps fœtal étant enserré par l'utérus rétracté sur lui, l'anneau de Bandl, trouvé au toucher manuel, étranglant en quelque sorte le fœtus.

19. — Dystocie par l'anneau de Bandl.

(*Loc. cit.*, v. 17.)

Quand l'utérus se rétracte depuis l'anneau de Bandl jusqu'à son fond, il chasse tout le liquide amniotique au dehors si les membranes sont rompues, et, quand elles sont entières, dans une volumineuse poche des eaux qui descend jusqu'à la vulve. Le cordon, mobile et glissant, tend à être expulsé comme le liquide amniotique. Souvent il est arrêté par l'anneau de Bandl ; quelquefois il est comprimé par lui sur le cou ou sur une épaule. C'est une variété de latérocidence que l'on reconnaît seulement au toucher manuel.

Toutes les fois qu'on soupçonne la rétraction de l'anneau de Bandl, il faudra craindre cette variété de latérocidence.

Malgré la présence du cordon au niveau ou même au-dessous de l'anneau rétracté, c'est au forceps qu'on aura recours de préférence, car la version est souvent impossible en pareil cas.

20. — De l'insertion vicieuse du placenta, variété complète.

(*Journal des Praticiens*, 30 septembre 1891, et *Société obstétricale de France*, 1894.)

Quarante observations, dont quatre personnelles et recueillies dans les services de MM. Tarnier, Budin et Maygrier,

permettent d'affirmer l'existence mise en doute de cette variété d'insertion vicieuse.

Pour éviter toute confusion, nous l'avons définie de la manière suivante :

La variété *complète* ou *totale* d'ectopie placentaire, encore nommée *placenta prævia central, est celle dans laquelle la surface de l'orifice utérin complètement dilaté ou dilatable est entièrement recouverte par des cotylédons placentaires.*

21. — Dystocie par présentation du siège décomplété mode des fesses.

(*Société obstétricale de France*, 1897.)

Observations personnelles où fut suivi avec succès le conseil donné par M. Tarnier d'appliquer *simultanément* le forceps et le lacs dans les cas de dystocie par présentation du siège décomplété mode des fesses, engagé et irréductible.

22. — Des hystéropexies considérées au point de vue obstétrical.

(*L'Obstétrique*, 15 septembre 1896.)

Mémoire fondé sur 127 faits de grossesse survenue après l'hystéropexie abdominale, et sur 128 faits de grossesse survenue après l'hystéropexie vaginale.

Comparaison de ces deux procédés au point de vue obstétrical.

L'anomalie principale du travail, à la suite de l'hystéropexie sus-pubienne, est l'inertie utérine (fréquence des applications de forceps et des hémorrhagies), tandis que, après la colpo-hystéropexie, ce sont surtout les avortements, les présentations de l'épaule, les procidences.

La colpo-hystéropexie, d'après nos chiffres, expose à des dangers plus nombreux et plus graves que l'hystéropexie abdominale.

23. — De l'hypertrophie du placenta.

(*Journal des Praticiens*, 17 décembre 1898.)

Un placenta syphilitique pesant plus de 1.600 grammes.

Un autre, monstrueux, accompagnant un fœtus ascitique, et pesant (lui, placenta) 2.650 grammes.

L'hypertrophie placentaire n'est pas due exclusivement à la syphilis : faits d'endométrite saturnine et d'arthritisme très prononcé des parents non syphilitiques ayant déterminé l'hypertrophie placentaire.

24. — Deux cas de mort imprévue et rapide survenant quelques heures après l'accouchement.

(*Société obstétricale de France*, 1895.)

L'un de ces faits est indiqué aux opérations (n° 31). L'autre se rapporte à une femme ayant toutes les apparences de la santé et mourant quelques heures après un accouchement simple, l'autopsie montrant une tuberculose pleurale, inconnue jusqu'alors.

25. — Un cas de charbon interne chez une femme en couches.

(*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 14 décembre 1898, n° 8, p. 369.)

Observation avec examen anatomique et bactériologique. (En collaboration avec MM. Leroy et Dominici.)

III. — THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

26. — De l'anesthésie par l'éther en Obstétrique.

(*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale*, avril 1899, p. 217.)

L'anesthésie par l'éther est préférable à celle du chloroforme dans les interventions faites chez les femmes anémiées par des hémorrhagies graves dues à l'avortement, à la môle hydatiforme, à l'insertion vicieuse du placenta, au décollement du placenta normalement inséré, dans les laparotomies

pour rupture de grossesse extra-utérine, pour rupture de la matrice au cours de l'accouchement et chez les femmes cardiaques sans complications pulmonaires.

27. — Des applications de forceps sur la face.

(*Journal des Praticiens*, 21 mai 1890.)

Au détroit supérieur on doit les éviter autant que possible.

Dans l'excavation, le plus souvent, si le travail est arrêté, c'est parce que la rotation du menton en avant ne s'effectue pas. Il faut appliquer le forceps *pour faire cette rotation.*

L'instrument étant placé d'une oreille à l'autre, *il ne faut pas tirer*, car ou on déraperait, ou on enclaverait la tête en la fléchissant.

Il faut tendre très légèrement le tracteur, le faire tenir par un aide qui va le maintenir verticalement placé et dans le plan médian de la femme ; les deux mains de l'accoucheur sont donc libres ; de l'une d'elles il va introduire un ou deux doigts dans la bouche du fœtus, prendre point d'appui sur la voûte palatine et défléchir la tête par ce moyen aussi complètement que possible ; de l'autre main il fait la rotation en agissant sur les manches pendant que la tête est maintenue défléchie.

A la vulve, une fois le menton arrivé sous le pubis, on continue à appuyer sur la voûte palatine pour maintenir la déflexion.

28. — Du forceps.

(*Société Obstétricale de France*, 7 avril 1899, p. 321 ; *L'Obstétrique*, 1899, p. 257 et 384 ; *Congrès International de Paris* 1900 ; *Revues et Mémoires*, 1900, XXV, p. 672.)

Le tracteur de Tarnier a été adapté par lui au forceps de Levret. Or, l'instrument à branches croisées a tendance à se déplacer (glissement de pression de Chassagny, glissement de traction de Poullet).

Avec un forceps *à branches convergentes* comme le dernier

modèle de Chassagny, la prise est solide, fixe, sans glissements.

Le forceps figuré ci-dessous (fig. 2) est composé d'un préhenseur de Chassagny, très allégé à l'extrémité manuelle, et d'un tracteur de Tarnier, mobile dans tous les sens à ses attaches à la jumelle postérieure. Dans son forceps à branches

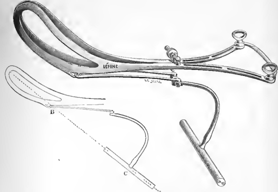


Fig. 2. — Forceps à branches non croisées convergentes et à tracteur mobile dans tous les sens.

strictement parallèles, présenté à la Société d'Obstétrique de Paris le 15 mars 1900, le docteur Perret a utilisé le même mode d'attache des tiges tractantes aux cuillers.

Outre une cinquantaine d'observations personnelles (dont le nombre est encore trop insuffisant pour avoir quelque valeur), le forceps à branches non croisées convergentes et à tracteur mobile dans tous les sens a été employé plusieurs fois avec succès par les docteurs Brindeau, Dubrisay, Casanova, etc.

Dès aujourd'hui, la solidité et la fixité de la prise obtenue avec ce forceps me paraît être un résultat acquis.

Reste le pronostic fœtal et maternel, soit la partie vraiment clinique de la question. C'est le but à venir que peut seul atteindre un nombre considérable d'observations.

Dans un modèle tout récemment construit (fig. 3), j'ai donné aux branches une courbure périnéale, afin de pouvoir les expérimenter comme de véritables leviers ; de plus, l'extrémité prenante des cuillers a été rendue symétrique (comme

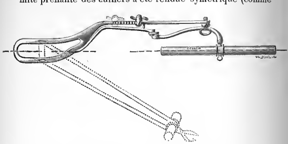


Fig. 3. — Forceps-levier construit de manière à comparer les tractions au centre de figure et celles qu'effectue le système de Tarnier-modifié. (Les lacs, dessinés en pointillé, sont volontairement écartés de l'axe de traction, pour plus de clarté.)

dans l'instrument de Crouzat) pour déterminer exactement l'axe de traction. En outre, la vis de maintien a été rendue complètement séparable des branches de préhension. Enfin les jumelles ont été creusées de fentes pour pouvoir étudier comparativement la traction avec les lacs de fil au centre de figure et celle qu'effectue l'appareil de Tarnier.

29. — De l'extraction du tronc fœtal venant premier.

(*Journal des Praticiens*, 15 novembre 1893.)

« Faire exécuter artificiellement au fœtus tous les mouvements qu'il exécuterait de lui-même si l'accouchement était spontané » (Tarnier).

Il faut distinguer les cas où le bassin est normal et ceux où il est rétréci.

D'une façon générale, le diamètre bisacromial (le plus grand parmi les diamètres du tronc) doit descendre suivant le plus grand diamètre praticable du bassin.

Si le rétrécissement pelvien porte sur le diamètre antéro-postérieur (rachitisme), il faut faire descendre le fœtus de façon que le dos soit dirigé directement en avant ou directement en arrière. Une fois le tronc sorti, on fera évoluer le fœtus, de manière à faire descendre la tête dans le diamètre transverse du bassin.

S'il s'agit d'un rétrécissement cyphotique qui porte sur le détroit inférieur, surtout dans le sens transversal, mais aussi d'avant en arrière, on aura plus d'avantage à faire descendre le diamètre bisacromial du fœtus suivant l'un des diamètres obliques du bassin, car ceux-ci sont extensibles au détroit inférieur, puisqu'ils aboutissent en arrière à des parties molles.

Enfin, dans un bassin asymétrique, de forme oblique ovalaire, il faut non seulement faire descendre le tronc suivant le plus grand diamètre, mais aussi agir en prévision de la descente de la tête qui doit mettre son occiput dans la moitié la plus large du bassin. Supposons que la paroi pelvienne aplatie soit celle du côté gauche, la moitié la plus large de l'excavation est la droite, et le diamètre oblique le plus grand est le droit. Dans l'extraction du siège à travers un tel bassin, le mieux sera de faire tourner le tronc pour diriger le ventre en avant et à gauche, et le faire glisser le long de la branche ischio-pubienne gauche : les épaules descendront alors suivant le plus grand diamètre oblique, qui est le droit, et, après le dégagement des bras, l'occiput occupera tout naturellement la partie la plus large de la cavité pelvienne.

30. — De l'embryotomie rachidienne.

(*Journal des Praticiens*, 1890, n° 40; *Guide pratique des Sciences médicales*, 1893, et *Archives de Thérapeutique clinique*, mars 1899, n° 3, p. 66.)

La technique proposée et suivie par moi est la suivante :

Se servir des ciseaux de Dubois. Les meilleurs sont les anciens, à savoir ceux qui ont des manches droits, solides, puissants par leur longueur et leur épaisseur.

Placer la main gauche en collier autour du cou fœtal.

Introduire les ciseaux de telle façon que la convexité qu'ils portent sur leur plat soit tournée du côté de la tête; les pousser tout fermés dans le creux de la main conductrice.

Sectionner à petits coups la peau de la région cervicale la plus accessible. Quand la fente cutanée ainsi obtenue est un peu plus large que les lames réunies de l'instrument, le glisser tout fermé dans cette boutonnière, et décoller les parties molles de chaque côté du rachis en maniant les ciseaux fermés comme une spatule ou une sonde cannelée, pour faire des fausses routes ou des décollements sous la peau du cou. L'enveloppe cutanée tiendra donc lieu de gaine protectrice, et entourera les lames de l'instrument qui ne devra pas en sortir tant que le rachis ne sera pas coupé. Quand la tige vertébrale est à peu près dénudée, on ouvre les ciseaux assez largement, mais toujours dans l'intérieur du cou, la main gauche conductrice s'assurant que les lames ont leurs extrémités perdues au milieu des tissus cervicaux; on prend la tige vertébrale entière entre deux lames, on saisit les manches comme ceux d'un sécateur, et on coupe d'un seul coup la colonne osseuse. On termine par la section des parties molles.

Le professeur Budin a montré que les difficultés opératoires varient suivant que le cou est facilement accessible, difficilement accessible, ou inaccessible.

Or, des observations que j'ai pu recueillir, il résulte que les rapports de l'anneau de Bandl avec le fœtus en présenta-

tion de l'épaule commandent la descente du cou ou son accès plus ou moins difficile.

Dans les cas les mieux connus, la tête est dans le segment inférieur, au-dessous de l'anneau de Bandl ; l'épaule descend plus ou moins dans l'excavation, entraînant le cou ; la rupture utérine est menaçante, mais la décollation est aisée.

Dans un second groupe de faits, la tête reste au-dessus de l'anneau de Bandl, fortement infléchie sur le plan latéral du côté opposé à la présentation. Celle-ci descend dans le segment inférieur, mais reste élevée par rapport au bassin. Le cou est difficilement accessible. L'opération est souvent pénible, mais la rupture utérine est moins imminente.

Enfin, dans une troisième catégorie, l'engagement est nul, le segment inférieur est complètement vide ; le fœtus en présentation de l'épaule est tout entier au-dessus de l'anneau de Bandl. La décollation est très difficile, quelquefois impossible.

31. — Des moyens d'accélérer la dilatation de l'orifice utérin pendant le travail.

(*Journal des Praticiens*, 20 décembre 1893 ; *Guide pratique des Sc. méd.*, 1892 ; *Revue obs. intern.* 1895 et 1896, et *Soc. obst. de France*, 1896 ; *L'Obstétrique*, 15 juillet 1898, p. 311 ; *Société d'Obstétrique de Paris*, 15 février 1900.)

Il est indiqué d'accélérer la dilatation du col toutes les fois qu'un danger menace l'enfant ou la mère, et que l'évacuation de l'utérus doit faire disparaître ce danger.

La dilatation manuelle est en général facile chez les multipares ; dans un cas particulier, nous avons pu en trois quarts d'heure environ introduire la main dans l'utérus, à travers un col qui avait encore toute sa longueur (4 centimètres) et en dehors de tout travail. Il est vrai qu'il s'agissait d'une asystolique presque moribonde sous le coup d'une crise d'asphyxie aiguë. Le fœtus fut extrait par les pieds ; le forceps dut être appliqué sur la tête dernière. Mère et enfant sortirent vivants de l'hôpital.

A part les manœuvres manuelles, on peut recourir soit a l'écarteur de Tarnier, soit au ballon de M. Champetier de Ribes.

L'écarteur est indiqué lorsque la partie fœtale est engagée dans l'excavation, que les membranes sont intactes et qu'il y a intérêt à les conserver telles, et lorsque le cordon fait procidence. Il est souvent utile pour activer les contractions utérines dans le cours d'un accouchement provoqué.

Le 11 novembre 1895, je publiai un court mémoire basé sur 30 observations personnelles de dilatation artificielle du col pendant l'accouchement. Trois d'entre elles furent perdues à la copie, et le 10 avril 1896, à la Société obstétricale de France, je présentai les 27 cas qui m'étaient restés.

Sur ces 27 cas, une seule femme est morte d'hémorrhagie cérébrale constatée anatomiquement et ayant été l'indication de la dilatation rapide. 11 enfants sur 27 ont succombé (2 morts dans l'utérus; 3 morts des suites d'une asphyxie intra-utérine très prononcée; deux autres, infectés dans l'utérus; trois autres, après hémorrhagie par insertion vicieuse; 1 dernier, né d'une éclamptique).

Les moyens employés ont été : 1° la dilatation manuelle; 2° l'écarteur Tarnier; 3° le ballon de Champetier; 4° l'extraction du fœtus, tête première ou dernière.

Dans un nouveau travail de 1898, j'ai repris cette étude avec un ensemble de 48 observations personnelles ; la dilatation bi-manuelle y a été surtout examinée.

Voici les principales conclusions de ce mémoire :

En général, la dilatation artificielle du col pendant l'accouchement s'obtient complètement et sans difficulté avec les manœuvres bi-manuelles, alors que les contractions utérines ont effacé le col et ont commencé l'ouverture de son orifice externe. Pendant la grossesse et en l'absence de tout travail, on peut également réussir, mais avec plus de peine et plus de temps.

Un principe qu'il faut conserver intact est celui-ci : on ne

doit jamais extraire l'enfant avant la dilatation complète obtenue naturellement ou artificiellement.

Enfin, le 15 février 1900, à la Société d'Obstétrique de Paris, à l'occasion d'une communication du Dr L. Dubrisay sur deux cas d'éclampsie traités par l'accouchement méthodiquement rapide, j'ai dit : « Quoique je n'aie pas observé de lésions graves du col après la dilatation rapide, je ne suis guère enclin à pratiquer l'accouchement accéléré chez les éclamptiques. Quant à la valeur de la dilatation artificielle par les procédés manuels, il convient d'accentuer la différence qui existe entre la dilatation de l'orifice externe (col effacé, femme en travail) et la dilatation qui porte sur l'orifice interne et le segment inférieur (col long, femme enceinte), où des accidents peuvent survenir, bien que je n'en aie pas observé (hémorrhagies, déchirures, etc.). J'ajoute que chez certaines primipares ou chez les femmes dont les tissus sont résistants, on ne réussit pas toujours à compléter réellement la dilatation, même si l'effacement est déjà fait. »

32. — Un cas de symphyséotomie chez une scolio-rachitique.

(En collaboration avec le Dr Patay, *Revue obstétricale internationale*, 1895.)

Mort subite de la femme quatre heures après l'opération, bien que celle-ci eût été très simple. L'issue fatale a été le résultat de la gêne apportée par la scoliose dans le fonctionnement du cœur, jointe à l'action du chloroforme, du choc opératoire et d'une petite perte sanguine, évaluée en tout à 400 grammes.

33. — Note statistique sur l'opération césarienne depuis 1887.

(*Société obstétricale de France*, 1895.)

En général, on doit préférer l'opération césarienne conservatrice à l'amputation de Porro; celle-ci doit être ré-

servée principalement aux cas d'infection, d'hémorrhagie incoercible survenant après l'hystérotomie, de rupture et, enfin, de fibromes utérins.

34. — De l'accouchement prématuré provoqué.

(*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 15 septembre 1898.)

L'accouchement prématuré provoqué est une bonne opération quand le fœtus a huit mois révolus de vie intra-utérine.

L'inertie utérine est le principal inconvénient de la méthode.

Les gros ballons amènent vite la dilatation de l'orifice; mais ils déplacent la partie fœtale, exposant aux présentations vicieuses, aux procidences et à la rétraction de l'anneau de Bandl.

Voici la technique proposée dans la mémoire en question:

1° Préparation antiseptique complète. Entre autres soins, nettoyage, frottage (savonnage) du vagin au moyen d'un spéculum grillagé spécialement construit pour la désinfection vaginale, qu'il convient et qu'il est facile d'employer aussi largement en obstétrique qu'en gynécologie;

2° Provocation du travail par les procédés usuels (sauf les gros ballons);

3° Si le travail s'arrête, une fois l'effacement du col obtenu, appliquer l'écarteur de Tarnier pendant une heure ou deux; l'ôter alors, pour laisser l'orifice se reposer et éviter les déchirures cervicales;

4° Si, après l'ablation de l'écarteur, les douleurs se calment au lieu de continuer, faire une seconde application de l'écarteur qu'on laissera en place une heure ou deux encore ;

5° Si, au bout de ce temps, la dilatation n'a pas progressé, il est inutile de recourir une troisième fois à l'écarteur : la dilatation artificielle avec les deux mains devient indiquée, suivie ou non de l'extraction à l'aide du forceps ou de la version.

Il est essentiel dans l'intérêt du fœtus de ne pas laisser le travail durer plus de trente-six ou quarante-huit heures au maximum.

Il y a certainement des réserves à faire qui dépendent de la résistance des tissus et aussi de la forme du rétrécissement pelvien : avec un bassin généralement rétréci, tout est étroit, dur, aplasié; et s'il s'agit d'une primipare, les difficultés sont portées au maximum. En pareille circonstance, on fait comme on peut, et les résultats sont nécessairement douteux. Que sont-ils d'ailleurs avec la symphyséotomie faite dans les mêmes conditions?

35. — Laparotomies d'urgence pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

(En collaboration avec le docteur Rochard, chirurgien des hôpitaux, in *Obstétrique d'urgence*, Paris, O. Doin, 1900.)

Indications et technique opératoire des laparotomies d'urgence pendant la grossesse et les suites de couches, dans les cas de cancer du col utérin, fibromes, plaies et ruptures utérines, kystes de l'ovaire, appendicites, grossesse extra-utérine, occlusion intestinale, rétroversion de l'utérus gravide, infection puerpérale.

IV. — NOUVEAU-NÉ

36. — Des ictères du nouveau-né.

(En collaboration avec le docteur Lesage, *Société clinique de Paris*, 1890 ; *Académie de Médecine*, 1893 ; *Revue de Médecine*, janvier 1898.)

L'ictère sanguin est le plus souvent observé ; il est extrêmement fréquent.

L'ictère biliaire est souvent de nature infectieuse ; il est parfois épidémique. Nous avons pu observer une épidémie de ce genre dans le service du professeur Tarnier.

L'ictère biliaire infectieux peut être d'origine ombilicale ou intestinale.

Les infections ombilicales rentrent dans le cadre de la septicémie puerpérale.

Les infections intestinales, que nous avons eues surtout en vue, respectent tantôt les voies biliaires, mais tantôt les envahissent.

Le microbe incriminé est le bacterium coli commune virulent.

L'ictère dû à cette cause peut être bénin, grave ou hémorrhagique.

Nous identifions l'ictère infectieux avec la tubulhématie rénale de Parrot, avec la maladie bronzée hématurique du nouveau-né, avec la maladie de Winckel, avec l'hématurie et l'hémoglobinurie du nouveau-né. Il s'agit, dans tous ces cas, d'une seule et même affection.

Les symptômes de cette maladie sont les suivants :

Une diarrhée peu abondante, peu colorée, alcaline au papier de tournesol;

Un état infectieux fébrile plus ou moins marqué ;

De l'ictère biliaire franc, avec présence de pigments biliaires dans l'urine;

De la cyanose survenant par crises habituellement ;

Quelquefois des hémorrhagies et surtout des hématuries ou de l'hémoglobinurie ;

Souvent ces petits malades ont une teinte bronzée de la peau, qui a été longtemps inexpliquée.

Nous avons vu survenir cette teinte bronzée chez des enfants primitivement ictériques, et chez d'autres primitivement cyanotiques. Nous l'avons vue disparaître, puis revenir, comme les crises de cyanose, et nous pensons qu'elle est attribuable à un mélange de la coloration jaune de l'ictère avec la teinte bleue de la cyanose.

Le pronostic est souvent très grave.

Le traitement est encore purement symptomatique.

37. — Des affections broncho-pulmonaires et hépatiques chez le nouveau-né, en rapport avec l'infection du liquide amniotique.

(En collaboration avec le docteur Létienne, *Médecine Moderne*, 30 juin 1894.)

Lorsque l'infection du liquide amniotique se produit après la rupture prématurée des membranes, l'altération septique de ce liquide peut aller avec une grande rapidité; parfois, en effet, quelques heures suffisent.

Sans parler de la mère, l'enfant peut naître vivant, bien portant, et rester tel; ou bien il devient malade; dans notre observation, il fut pris de broncho-pneumonie dix-huit heures après sa naissance et d'ictère le surlendemain.

Il mourut 52 heures après sa naissance.

L'autopsie fut faite 5 heures après la mort. A l'ouverture de l'abdomen, aucune odeur fétide n'avait été perçue; à l'ouverture du thorax, une odeur de putridité très manifeste se dégagea des poumons.

Ceux-ci présentaient de nombreux noyaux d'hépatisation dont quelques-uns commençaient déjà à suppurer.

Dans le sang du cœur, on a trouvé un *diplocoque* susceptible de former en culture de courtes *chaînettes*.

Dans la bile, on a rencontré ce même diplocoque, plus une variété particulière de *bacterium coli*. Le foie portait la trace d'une infection ou plutôt d'une intoxication aiguë. La dégénérescence graisseuse y était accusée.

38. — De la mort apparente du nouveau-né.

(Mémoire couronné par l'Académie de Médecine, 1894; *Revues et Mémoires*, XXVIII, p. 719.)

De tout temps, on a distingué des aspects cliniques différents de la mort apparente, et on les a désignés sous les noms de forme bleue et de forme blanche.

Cette distinction est rigoureusement exacte; mais il nous a paru nécessaire de multiplier les divisions, car, à notre

avis, il y plusieurs formes bleues et plusieurs formes blanches.

Les *formes bleues* sont : l'*asphyxie*, la *congestion méningée*, l'*apoplexie méningée*.

L'*asphyxie* est due à un trouble circulatoire ayant déterminé la souffrance du fœtus pendant l'accouchement (type : la compression du cordon); elle est caractérisée par les symptômes classiquement décrits; si la mort n'est pas un fait accompli au moment où l'enfant naît, le pronostic est le plus souvent favorable, car le fœtus est résistant vis-à-vis de l'asphyxie.

La *congestion méningée* se caractérise par les particularités suivantes :

1. Intégrité de la circulation utéro-placentaire et de l'hématose fœtale au moment où l'intervention obstétricale est indiquée par un obstacle mécanique (type : résistance marquée du périnée);

2. Nature de cet obstacle, qui est d'habitude la rigidité de l'orifice vulvo-vaginal;

3. Rapidité avec laquelle le fœtus, dans cette variété de mort apparente, revient à la vie;

4. Par contre, lenteur que mettent les accidents à disparaître *entièrement*; torpeur persistante, absence du cri pendant un temps variable (plusieurs heures, un jour ou deux);

5. Persistance ou exagération des réflexes plantaires et patellaires immédiatement après la naissance, c'est-à-dire pendant l'acmé des phénomènes de la mort apparente (ces réflexes sont abolis dans l'asphyxie);

6. Pronostic relativement bénin.

L'*apoplexie méningée* se traduit par de la cyanose prononcée surtout aux extrémités, et principalement à la tête, par des convulsions qui surviennent immédiatement ou quelques heures après la naissance; par l'exagération des réflexes plantaires et rotuliens dès le début; par la facilité relative avec laquelle le traitement rétablit momentanément le jeu du cœur et des poumons, mais aussi par le retour des accidents dès qu'on cesse l'insufflation; la torpeur ne dispa-

rait jamais complètement. Dans les périodes d'amélioration où le cœur bat, et où la poitrine est soulevée par des inspirations spasmodiques, l'enfant n'ouvre pas les yeux et reste plongé dans un coma profond. Le pronostic est fatal le plus souvent.

Les *formes blanches* sont : la *syncope hémorrhagique*, la *syncope traumatique* et l'*apoplexie blanche*.

La *syncope hémorrhagique* succède à la déchirure du cordon ombilical, ou des villosités choriales, aux hémorrhagies fœtales de quelque cause qu'elles soient (hémorrhagies stomacales, pulmonaires, etc.).

La *syncope traumatique* est le type de la forme blanche classique. Elle est toujours consécutive à une intervention laborieuse. *Le fœtus, qui résiste bien à l'asphyxie, est au contraire très sensible au traumatisme.*

Dès la naissance, le cœur bat faiblement; sous l'influence du traitement, ses mouvements peuvent s'accélérer et l'enfant revient à la vie dans les cas favorables ; ou bien la mort survient après ou sans amélioration passagère, ou encore l'apoplexie méningée succède à la syncope traumatique.

Le pronostic est souvent grave.

L'*apoplexie blanche* est plus rare; elle est aussi d'origine traumatique. Immédiatement après l'extraction du fœtus, le cœur bat avec une vitesse normale ou exagérée, la respiration est nulle, l'inertie complète, la pâleur très prononcée. Bientôt le cœur se ralentit malgré tout traitement et l'enfant meurt; le pronostic est fatal.

A côté des formes bleues et des formes blanches, il existe des *formes mixtes*. En voici un exemple : un fœtus souffre dans la cavité utérine par le fait d'une procidence du cordon; il est, de ce chef, menacé d'asphyxie. On fait la version et l'opération est laborieuse : le traumatisme ajoute ses effets à ceux de la compression ombilicale.

L'anatomie pathologique et la physiologie nous semblent démontrer que les formes que nous avons essayé de séparer sont légitimes et qu'il faut, une fois pour toutes, renoncer à la soi-disant asphyxie blanche, qui n'est pas de l'asphyxie.

Les diverses méthodes de traitement sont étudiées dans ce mémoire.

La formule thérapeutique varie suivant les formes.

Contre l'asphyxie, lier immédiatement le cordon pour opérer une sorte de saignée, employer les frictions, le massage, les oscillations de Schultze, les tractions de la langue et, dans les cas graves, l'insufflation. Ultérieurement, couveuse, etc.

Dans les congestions méningées, même traitement. Mais il faut s'attendre à ce que l'enfant, bien que ranimé, reste faible et comme comateux; il faut rester près de lui pendant plusieurs heures et l'empêcher de s'endormir, le frictionner, etc., lui faire respirer de l'oxygène, en même temps qu'une température douce est entretenue autour de lui, etc.

S'il s'agit d'apoplexie méningée, faire la section immédiate et la saignée du cordon; *pas d'oscillations de Schultze* qui ébranlent le cerveau; tractions de la langue et surtout insufflation.

Dans la syncope hémorrhagique, faire la ligature tardive du cordon, l'inversion complète du corps; immobilité, frictions et massages modérés, linges chauds, injections souscutanées d'éther ou de caféine, tractions de la langue, insufflation, la tête de l'enfant étant en position déclive. Pas d'oscillations de Schultze. Transfusion de sérum artificiel.

En cas de syncope traumatique, ligature tardive du cordon, frictions, linges chauds, tractions de la langue en attendant que l'enfant soit séparé de sa mère, puis insufflation. Pas d'oscillations de Schulze.

Dans l'apoplexie blanche, même traitement.

En présence d'une forme mixte, il faut se conduire de préférence comme s'il s'agissait d'une forme traumatique.

39. — Imperforation de l'anus et du rectum.

(*Revue Obstétricale Internationale*, 21 septembre 1895.)

A propos d'une observation personnelle.

40. — Des brûlures chez le nouveau-né.

(*Revue Obstétricale Internationale*, 11 juillet 1896.)

A propos d'une observation personnelle de brûlure chez le nouveau-né, suivie de perforation spontanée du duodénum.

41. — Hémorrhagies broncho-pulmonaires chez le nouveau-né.

(*Revue Obstétricale Internationale*, 1er janvier 1897, et *Traité des maladies de l'Enfance*, de Grancher, Comby et Marfan.)

Monographie basée sur 22 observations, dont 5 personnelles.

42. — De la staphylococcie chez le nouveau-né.

En collaboration avec le docteur Le Damany, *Revue Obstétricale Internationale*, 1896.)

Deux observations d'abcès multiples dus au staphylocoque doré, accompagnés d'altérations osseuses, et suivis de mort.

43. — Abcès épidermiques chez le nouveau-né.

(*Revue Obstétricale Internationale*, 1896.)

Ils sont petits, multiples ; ils se sèment facilement ; leur cause primordiale est d'habitude le staphylocoque doré ; ils proviennent ou d'une infection amniotique, ou d'une infection se produisant après la naissance. Généralement bénins, ils peuvent donner naissance à des phlegmons profonds.

44. — Gomme syphilitique de l'intestin chez un nouveau-né.

(En collaboration avec le docteur Dujarrier, *Revue Obstétricale Internationale*, 1898.)

Une observation avec examen histologique.

45. — Fœtus monstrueux, avec considérations sur le développement de l'appareil génito-urinaire dans le sexe féminin.

(En collaboration avec le docteur Froussard, *Société d'Obstétrique de Paris* 6 avril 1898, p. 93.)

Brièveté du cordon ombilical, éventration, exstrophie de la vessie, imperforation anale.

III. — NOTES ET REVUES

Du diabète pendant la grossesse et l'accouchement. — Des névralgies pendant la grossesse et la puerpéralité. — Tuberculose et grossesse. — Diagnostic précoce de la grossesse. — Saturnisme et grossesse. — De l'influenza dans ses rapports avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. — Hémorrhagie par rupture de varices vulvaires pendant la grossesse. — De l'engagement. — De la présentation du sommet et du mécanisme de son engagement. — Étude clinique de la tête fœtale, évaluation approximative de son volume et de sa résistance. — De la bosse séro-sanguine considérée comme cause d'erreur dans la présentation du sommet. — Conduite à tenir dans le cas de rétrécissement rachitique du bassin. — Un cas de rupture incomplète du corps de l'utérus. — Insertion vicieuse du placenta. — Traitement de l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta. — Un accouchement gémellaire. — Dégénérescence scléreuse du releveur anal faisant obstacle à l'accouchement. — Examen clinique de l'arrière-faix après l'accouchement. — De la septicémie puerpérale. — De la prophylaxie des abcès du sein. — Du tétanos chez la femme enceinte ou récemment accouchée. — Applications de forceps sur le sommet dans l'excavation. — Les indications du forceps. — De la main guide dans les applications de forceps. — De l'extraction de la tête dernière. — Un cas de basiotripsie. — De la symphyséotomie. — Tamponnement du vagin. — Des injec-

tions intra-utérines après l'accouchement. — Curettage de l'utérus puerpéral. — Contre-indications de l'allaitement maternel. — De la cocaïne en Obstétrique. — Etc., etc.

IV. — RECUEILS DE LEÇONS CLINIQUES

1° *Conduite à tenir dans le cas de présentation du siège décomplété mode des fesses*, par M. le professeur Budin, leçon recueillie par Demelin (*Journal des praticiens*, 1890).

2° *De l'accouchement prématuré provoqué. Comparaison des résultats fournis par les procédés les plus usités aujourd'hui*, par le professeur Tarnier, leçon recueillie par Demelin (*Journal des praticiens*, 1892).

3° *Leçons de clinique obstétricale* par M. le docteur Maygrier, recueillies par Demelin, Paris, 1893.

4° *De la dystocie causée par l'anneau de Bandl*, leçons cliniques de M. le professeur Budin, 21 et 28 mai 1898, rédigées par Demelin (*L'Obstétrique*, juillet 1898).

V. — PUBLICATIONS DIVERSES

1° *Un cas d'anurie absolue, néphrotomie, guérison* (Bulletin de la Société clinique, 1888).

2° *Articles de chirurgie et de gynécologie*, in Guide pratique des Sciences médicales, 1891.

3° *Article nécrologique* : Le professeur Tarnier (Journal des praticiens, 1897).

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.